

DES FIBROMES

DE LA

PORTION SUS-VAGINALE DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Mai 1919

PAR

Ernest HAREL

(Né à Vacoas (Ile Maurice), le 13 octobre 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	TÉDENAT, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		VALLOIS, professeur.		
		DE ROUVILLE, prof.-adj.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

DES FIBROMES

DE LA

PORTION SUS-VAGINALE DU COL DE L'UTÉRUS

DES FIBROMES

DE LA

PORTION SUS-VAGINALE DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Mai 1919

PAR

Ernest HAREL

Né à Vacoas (Ile Maurice), le 13 octobre 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

TÉDENAT, professeur, *Président*.
VALLOIS, professeur.
DE ROUVILLE, prof.-adj. } *Assesseurs*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA	ASSESSUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O *)
Clinique médicale	CARRIEU (*)
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (*)
Physique médicale	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O *)
Physiologie	HEDON (*)
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP (*)
Anatomie	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR
Médecine légale et toxicologie	SARDA (*)
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale	RAUZIER (*)
Clinique obstétricale	VALLOIS
Thérapeutique et matière médicale	VIREN (*)
Anatomie pathologique	MASSABEAU (*)
Chimie médicale	DERRIEN
Microbiologie	N...

Professeurs adjoints : MM. Dr ROUVILLE, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. Dr ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O*) a.l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (c. c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.
Matière médicale	DESMONTS. (ch. de c.)
Stomatologie	CABANNES, agrégé.
	N...

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*)	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT	BUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (*)	J. DELMAS (*)	PECH (ch. d'agrég.).
RICHE	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse :

MM. TEDENAT, professeur, président.	M. DE ROUVILLE, prof.-adj.
VALLOIS, professeur.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON FRÈRE BIEN AIMÉ

OCTAVE HAREL

OFFICIER AVIATEUR BRITANNIQUE

TUÉ EN COMBAT AÉRIEN LE 18 AOUT 1917

Je dédie ce modeste travail.

A MA MÈRE

Hommage du plus grand amour filial.

A MON PÈRE LE DOCTEUR E. HAREL

Mon meilleur ami et mon premier maître.

A MA GRAND'MÈRE

Gage de ma tendre affection.

A MES SŒURS, FRÈRES ET BEAUX-FRÈRES

Amical souvenir.

E. HAREL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Je suis très touché du grand honneur que
vous me faites aujourd'hui.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
CHIRURGIEN EN CHEF DE LA MATERNITÉ

Hommage de reconnaissance infinie.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE GYNÉCOLOGIE

Respectueux hommage.

E. HAREL.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN .

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Je n'oublierai jamais l'accueil bienveillant
que j'ai reçu dans votre service des
Enfants-Malades. Je vous adresse ici
l'expression de mon admiration et de ma
gratitude.*

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

E. HAREL.

A MONSIEUR FERNAND JADIN

PROFESSEUR A L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

Votre bienveillante affection et vos bons conseils m'ont été d'un précieux soutien au cours de mes études médicales. Les mots sont faibles pour vous dire ma reconnaissance.

A MADAME ET A MONSIEUR R. DE ROCHECOUSTE

A Houlgate, j'ai passé chez vous des heures exquisés. A Nice, où je fus pour des raisons de santé, vous m'avez encore accueilli et entouré d'attentions affectueuses. Un merci du cœur.

A MON EXCELLENT AMI

LE DOCTEUR MAURICE CATHALA

INTERNE DES HOPITAUX

Affectueux souvenir.

A MES AMIS

E. HAREL.

AVANT-PROPOS

Au moment où nous nous préparons à aborder notre dernière manifestation scolaire, il nous est agréable de retourner, dans nos pensées, vers les années passées sur les bancs et dans les hôpitaux de la vieille Ecole de Montpellier. Les souvenirs que nous emportons d'elle resteront dans les meilleurs de notre vie.

Il nous reste maintenant un devoir très doux à accomplir, celui de remercier nos Maîtres de tout ce qu'ils ont fait pour nous.

Un souvenir ému est dû d'abord au regretté professeur Lapeyre, qui fut pour nous un Maître bon et dévoué.

Nous nous sommes adressé à M. le professeur Tédénat pour notre thèse. Dès le début de nos études, nous n'avons pas hésité à nous confier à son judicieux sens clinique et à sa haute valeur chirurgicale. Après avoir été notre médecin, il fut notre Maître.

M. le professeur Carrien fut notre premier Maître. Il nous intéressa à la clinique et c'est à lui que nous devons le grand amour pour notre profession. Au cours de notre long externat dans son service, il nous montra une grande bienveillance et c'est avec vénération que nous nous rappellerons ses causeries au lit du malade.

M. le professeur Vallois nous honora de son estime et de sa confiance durant l'année d'internat vécue dans son

service et c'est à lui que nous devons toutes nos connaissances obstétricales. Nous conserverons, de sa bonté toute paternelle et de son précieux enseignement, un inoubliable souvenir.

Il nous est aussi agréable de remercier Mlle Bazin, sage-femme en chef, de l'accueil de sympathie qu'elle nous fit dans ce même service. En l'absence du Maître, elle nous aida de ses précieux conseils. Nous lui exprimons nos sentiments de reconnaissance.

Nous ne saurions mettre un terme à ces lignes sans dire à M. Izard, l'aimable secrétaire de la Faculté de médecine de Montpellier, combien nous garderons de lui le meilleur souvenir.

DES FIBROMES

DE LA

PORTION SUS-VAGINALE DU COL DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

M. le professeur Tédénat a publié, en 1914, plusieurs observations sur les fibromes de la portion sus-vaginale du col, insistant sur les difficultés opératoires en raison de leur inclusion et des déviations apportées aux organes importants du petit bassin et sur leurs modalités cliniques. Tout dernièrement, il eut l'occasion, dans son service, d'opérer une variété antérieure de ces tumeurs; à nouveau des difficultés opératoires se présentèrent et nous lui savons gré de nous avoir suggéré l'idée de ce travail.

Le plan que nous avons adopté est le suivant : supposant la topographie anatomique du pelvis parfaitement connue, aussi bien du clinicien que de l'opérateur, et négligeant aussi les considérations étiologiques et pathogéniques, identiques à celles des fibromes, en général, nous avons alors entrepris l'étude anatomo-pathologique de ces fibromes inclus, insistant sur leur développement et sur les

changements de rapports qu'ils impriment aux organes contenus dans le petit bassin.

Après une étude détaillée des symptômes provoqués par cette variété de fibromes et, principalement, des troubles de compression qu'ils provoquent, nous avons examiné, dans le chapitre du diagnostic, les diverses affections avec lesquelles on peut les confondre. Nous avons ensuite dit quelques mots du pronostic et étudié leur thérapeutique.

Ces fibromes de la portion sus-vaginale du col constituant des tumeurs *prævia* par excellence au moment du travail de l'accouchement, nous n'avons pu passer sous silence leurs rapports avec la grossesse. Nous avons cru bien faire en traitant à part cette importante question.

A la fin de notre travail, nous rapportons deux observations inédites et quelques autres publiées antérieurement par M. Tédénat, pour montrer les différentes variétés anatomiques de ces tumeurs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Fréquence. — Ces fibromes sont beaucoup plus rares que ceux du corps. La statistique de M. le professeur Tédénat est de 12 fibromes cervicaux pour 390 corporéaux, soit 3,3 p. 100. Pour Lée, elle est de 5,4 p. 100.

Leur volume est variable. Il varie de la grosseur d'une noix à celle d'une tête d'enfant et plus.

Leur forme est variable, plus ou moins régulière.

Leur consistance, habituellement dure, en raison de la structure normalement plus fibreuse du col.

Ils sont généralement solitaires, mais il peut y avoir coexistence avec des nodules fibromateux du corps. Dans toutes les observations de M. Tédénat, il s'agit, dans tous les cas, de fibromes uniques.

Ils peuvent se développer en avant, en arrière et sur les côtés du col, par rapport à l'utérus.

D'après leurs relations avec la paroi utérine, on distingue, comme pour les fibromes du corps, trois groupes :

1° *Fibromes sous-muqueux.* — Ce sont les plus rares. Leur caractéristique est de se pédiculer, d'où le nom de polypes fibreux. La tumeur dilate d'abord la cavité cervicale et, dans un deuxième temps, est expulsée à travers

l'orifice interne du col par des contractions utérines. Leur extraction est simple, par voie vaginale.

2° *Fibromes sous-séreux*. — Ils siègent aussi rarement sur la portion sus-vaginale du col. Ils peuvent être sessiles ou pédiculés. Dans ce dernier cas, la tumeur peut s'élever très haut dans l'abdomen;

3° *Fibromes interstitiels*. — C'est cette variété qui est la plus fréquente des fibromes de la portion sus-vaginale. Ils se développent dans l'épaisseur même de cette portion utérine et, secondairement, vers la séreuse, demeurant le plus souvent sessiles ou pouvant être rattachés au col par un pédicule plus ou moins gros. Ce sont les plus intéressants, car ce sont eux qui, par leurs connexions de voisinage ou leur enclavement habituel, entraînent des accidents précoces de compression et des difficultés opératoires souvent considérables.

Suivant la direction dans laquelle ils évoluent, on peut les diviser en fibromes antérieurs, postérieurs et latéraux ou intra-ligamentaires.

a) Les fibromes antérieurs, en se développant, soulèvent le péritoine vésico-utérin et même le péritoine abdominal sur une grande longueur. Amann cite un cas où la tumeur, qui pesait 25 livres, s'était développée dans le tissu pré-péritonéal de la paroi abdominale antérieure et arrivait au contact de la pointe du sternum. M. Tédénat a observé un cas analogue où la tumeur, pourtant, remontait moins haut. La vessie, placée en avant, est refoulée, s'étale et s'élève. La paroi vésicale peut être très amincie, mais on n'aurait jamais noté la perforation de cet organe. La paroi résiste même à la pression exercée par des fibromes calcifiés, d'assez gros volume. (Voir obs. III.)

Ce mouvement d'ascension de la tumeur est important à connaître au point de vue opératoire, car sa méconnaissance peut exposer le chirurgien à blesser la vessie en pratiquant l'hystérectomie.

b) Les fibromes postérieurs s'infiltrant entre le rectum et l'utérus. La tumeur refoule le Douglas dans le vagin, en soulevant le péritoine recto-utérin. On en a vu remonter jusqu'au diaphragme. La tumeur peut pousser des prolongements jusque dans le mésocôlon iliaque, refoulant l'anse omega et contractant des adhérences avec elle. Elle est immobile, enclavée dans le pelvis, amenant ainsi des troubles de compression du côté de l'intestin, des plexus et des vaisseaux.

c) Les *fibromes latéraux* ont, pour caractéristiques, de se développer dans le ligament large, en dédoublant les deux feuillets de ces ligaments. On les appelle fibromes intra-ligamentaires ou fibromes inclus. Mais, leur volume progressant exagérément, ils ne se conteront pas de rester intra-ligamentaires, ils peuvent aussi soulever et décoller le péritoine en avant et en arrière; à gauche, dédoubler le mésosigma; à droite, se coiffer du mésocæcum. On voit combien sont redoutables les complications opératoires qu'ils peuvent occasionner.

Mais ce n'est pas tout. Les rapports des organes du pelvis sont détruits. L'utérus est dévié du côté opposé; la trompe, soulevée, s'allonge, passe en sautoir à la partie supérieure de la tumeur, en avant d'elle le plus souvent. Les modifications de l'uretère sont importantes à connaître du chirurgien; il arrive qu'il est souvent blessé au cours de l'opération; il peut être englobé en pleine masse fibromateuse ou comprimé par elle; mais, le plus souvent, il est soulevé par la tumeur et refoulé en arrière et en dehors.

L'utérine qui côtoie l'uretère subira à peu près les mêmes modifications. Elle est soulevée, venant former comme une sorte de cordon devant la tumeur.

Les rapports du fibrome avec les ligaments larges qui le contiennent sont variables. Habituellement l'énucléation du fibrome encapsulé est facilement pratiquée; mais il peut se former, sous l'influence d'une inflammation locale, des adhérences entre la tumeur et son enveloppe séreuse, rendant l'énucléation très difficile, sinon impossible.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les signes fonctionnels autant que les signes physiques ont, dans l'étude que nous avons entreprise, une grande importance. Il est notoire, quand il s'agit de fibromes du corps, que ces tumeurs peuvent arriver à acquérir un volume souvent énorme, sans avoir nullement inquiété la malade; elle a bien eu quelques métrorragies, des règles prolongées, mais elle n'y a porté aucune attention. Bien différente est l'allure des fibromes du col. Comme pour les fibromes du corps, ceux du col permettent d'observer les symptômes cardinaux de ces tumeurs; mais, à ces dernières, s'ajoute la symptomatologie spéciale due à la situation basse, intra-ligamentaire, tout contre les organes, vaisseaux, nerfs du pelvis. Suivant la variété anatomique, nous aurons une variété symptomatologique.

Voyons, d'abord la symptomatologie générale.

Hémorragies. — Les règles prolongées ou des pertes rouges dans l'intervalle des menstrues sont la règle, d'une façon générale, dans les fibromes du corps. Ici, elles sont peu abondantes et manquent même complètement.

La *leucorrhée* est un symptôme sans grande valeur, très inconstant, sous la dépendance des altérations inflammatoires concomitantes de la muqueuse utérine. Parfois, la malade perd, brusquement et par intermittences, une assez

grande quantité de liquide blanchâtre. La tumeur provoque un rétrécissement de la lumière cervicale et s'oppose à l'écoulement des sécrétions internes.

Les *douleurs* sont la règle. Indépendamment de la dysménorrhée, qui se traduit par des coliques ou des tranchées utérines expulsives au moment des règles, due à la déviation, à la déformation du canal cervical, ces fibromes compriment les nerfs du pelvis. Il en résulte souvent des douleurs très vives, irradiées dans les lombaires, sur le trajet du sciatique. Elles sont exagérées au moment des règles; car, à ce moment, la tumeur, congestionnée, augmente de volume.

Symptomatologie spéciale. — Due à la compression exercée par la tumeur, en avant, en arrière et latéralement.

Variété antérieure. — La vessie, l'urètre, les uretères, secondairement, les reins seront intéressés.

Les troubles du côté de la vessie sont importants. Placée entre le pubis et la tumeur utérine, elle est comprimée et s'étale, mais sa déformation, la plus constante, est son élévation abdominale. La vessie, dit Haultain « dans tous les cas, est déplacée au-dessus de l'abdomen, dans les fibromes de la paroi antérieure du col par la tumeur elle-même, dans les fibromes de la paroi postérieure du col par la paroi antérieure ».

Le principal symptôme est la rétention. La rétention complète est signalée dans plusieurs cas de fibrome de la portion sus-vaginale du col (Sutton, Tribendani, Haultain).

Chez la malade de Siéberg, la rétention était manifeste; au premier examen on retira, par le cathétérisme, deux litres d'une urine sanglante. Chez la malade de Leguen, la rétention était incomplète. La femme pissait par regorge-

ment. La rétention s'établit d'une façon insidieuse habituellement. Tribadini cite un cas de fibrome du col avec mictions fréquentes. Nous avons aussi noté cette fréquence de mictions chez la malade dont nous rapportons l'observation. Lejars rapporte le cas d'une femme chez laquelle un fibrome sessile de la paroi antérieure du col s'était accompagné de l'incontinence d'urine avec urines sanglantes par moments. Notons que ces hématuries, quand elles sont abondantes, peuvent en imposer pour une tumeur de la vessie.

Du côté des uretères, la compression peut déterminer :

a) Quand elle est incomplète, de la congestion rénale et de l'albuminurie, qui disparaît après l'ablation de la tumeur ;

b) Une *néphrite chronique atrophique*, qui se traduit, à la longue, par des signes de Brightisme ;

c) La dilatation urétéro-pyélo-rénale amenant de l'*hydronéphrose* ou de la *pyonéphrose*. Cette rétention, pour Legueu, serait due à l'élongation et à la distension des uretères. « Pour cantonner la tumeur, dit-il, les uretères, en vertu de l'altération de la vessie, doivent parcourir un chemin trop long, il y a élongation d'abord, puis amoindrissement du calibre urétéral : d'où rétention ».

Variété postérieure. — La compression du rectum se traduit pas de la constipation opiniâtre, le plus souvent. D'après Barnes, elle peut provoquer une véritable intoxication, coprémie. L'occlusion intestinale a été signalée dans des cas de tumeurs pelviennes. M. Tédénat rapporte un cas avec selles sanglantes.

Du côté du plexus sacré, la compression peut déterminer des douleurs atroces, irradiées dans les lombes, sur le trajet du sciatique. On peut observer des troubles de la sensibilité cutanée.

Variété latérale. — L'uretère, en raison de ses rapports avec le ligament large, est comprimé par la tumeur et englobé par elle. Les signes de cette compression sont ceux que nous avons étudiés plus haut. Nous n'avons pas à y revenir. Notons que, si la tumeur se développe dans les deux ligaments larges, il y aura compression bilatérale pouvant entraîner l'anurie.

Nous ne dirons rien de plus ici de la compression des plexus nerveux.

Du côté des vaisseaux iliaques, la compression peut déterminer de l'œdème et des varices des jambes par gêne de la circulation de retour.

Les thromboses veineuses sont facilitées chez ces malades et l'embolie post-opératoire est particulièrement à redouter.

Cette étude symptomatique reste, malgré tout, schématique, car si un fibrome postérieur reste enclavé dans le pelvis et acquiert un gros volume, par sa face antérieure il comprimera la vessie (symptomatologie antérieure) et, latéralement, il déviera l'uretère, comprimera les nerfs et gênera la circulation de retour (symptomatologie latérale).

Signes physiques. — L'inspection et la palpation ne montrent rien tant que la tumeur n'est pas abdominale.

Le col est dévié, remonté, quelquefois inaccessible.

Toucher combiné. — On sent une tumeur plus ou moins grosse, plus ou moins régulière, de consistance dure, le plus souvent immobile, occupant un ou plusieurs culs-de-sac, suivant son volume. La tumeur fait corps avec l'utérus auquel elle est intimément adhérente. On ne trouve pas le sillon de séparation entre le fibrome et le corps utérin. La confusion entre la tumeur et l'utérus est alors d'au-

tant plus facile que le corps est difficile à isoler dans l'examen.

DIAGNOSTIC. — Avant de procéder à un examen, il faut toujours vider les deux réservoirs : rectum et vessie. Ils sont souvent cause d'erreurs grossières.

Le chirurgien a deux questions à se poser :

1° Est-ce une tumeur d'origine utérine ?

La confusion peut être faite avec une affection inflammatoire (pelvi-péritonite, salpingo-ovarite), une collection liquide (hématocèle), des tumeurs (tumeurs ovariennes, tumeurs du corps de Wolf), une grossesse extra-utérine et même avec un calcul de la vessie.

Pelvi-péritonite. — C'est ici l'étude des commémoratifs, la notion de la crise antérieure aiguë de péritonite pelvienne qui est un des meilleurs éléments de diagnostic. La tumeur est aussi plus diffuse, plus fixée par des adhérences. La pression provoque des douleurs.

Salpingo-ovarite. — La masse inflammatoire est plus diffuse, sa consistance est moins dure, on trouve toujours un sillon entre elle et l'utérus. La fièvre et les douleurs sont des symptômes caractéristiques.

Hématocèle. — Les anamnestiques sont ici encore les symptômes principaux. Ce sont surtout avec les vieilles hématoécèles que la confusion est facile ; elles sont, en effet, aussi dures qu'un fibrome. L'absence de limitation de la tumeur à sa périphérie est le meilleur des signes physiques.

Les kystes de l'ovaire présentent une sensation de fluctuation distincte de la dureté du fibrome inclus. Cependant, dans les kystes aréolaires, on peut sentir des masses soli-

des. Mais les kystes de l'ovaire sont indépendants de l'utérus, les mouvements qu'on leur imprime ne se transmettent pas à la matrice. La marche est rapide dans les kystes malins de l'ovaire et la cachexie est précoce.

Grossesse extra-utérine. — C'est surtout avec les kystes inclus dans le ligament large que la confusion pourrait être commise. Mais nous savons que dans la grossesse extra-utérine il y a eu suppression des règles et constatons les autres signes de la grossesse. Le sang de la grossesse extra-utérine est sale et contient des débris de caduque utérine.

Calcul de la vessie. — Ces calculs évoluent insidieusement et atteignent un gros volume (œuf et plus) sans avoir entraîné d'autre manifestation que de la pollakiurie. Au toucher, le cul-de-sac vaginal antérieur est occupé par ce corps étranger, très dur, parfois un peu mobile, et peut-être d'autant plus facilement pris pour une tumeur utérine que ces calculs sont rares, insidieux, et que, d'autre part, certains fibromes subissant la dégénérescence calcaire (pierre de la matrice), prennent une consistance identique.

2° Cette tumeur utérine est-elle un fibrome?

Le diagnostic de tumeur utérine ayant été fait, il nous reste qu'à éliminer la grossesse, un utérus fixé, la rétroversion de l'utérus, et spécialement quand il est gravide, s'accompagnant de troubles urinaires.

Nous n'avons pas à insister sur les symptômes de la grossesse (signes sympathiques, suppression des règles, col ramolli, bruits du cœur fœtal à quatre mois et demi, etc). Cependant, dans le cas d'une grossesse qui a cessé d'évoluer, on pourrait être un instant arrêté. Il suffira d'y penser.

Rétroversion. — Par le toucher combiné ici on ne trouve pas l'utérus à sa place normale; le col se continue avec le corps de l'utérus.

PRONOSTIC. — Après la symptomatologie détaillée que nous avons faite, on peut admettre que les fibromes de la portion sus-vaginale du col constituent une affection sérieuse. Donc pronostic réservé, non seulement à cause des troubles de compression qu'ils déterminent, mais aussi en raison des difficultés opératoires souvent redoutables qu'ils peuvent entraîner.

TRAITEMENT

Les troubles de compression, qui constituent le tableau symptomatique habituel de ces tumeurs, indiquent et imposent l'intervention chirurgicale. Mais il est des fibromes récents, de faible volume, qui sont parfaitement tolérés. Il est aussi des gros fibromes enclavés que l'on ne saurait enlever en raison des tares cardiaque, hépatique ou rénale concomitantes.

En somme, il est difficile d'établir une formule constante. Les indications, selon Schröder, sont « individuelles ». Car, tout comme les fibromes du corps, ceux du col peuvent rester stationnaires ou de très lent accroissement, tolérés à peu près sans douleur. Après la ménopause, facilement réprimés par les moyens médicaux, ils rentrent dans le silence et, parfois, régressent.

Les myomes, de faible volume, indolores, restent donc justiciables du traitement conservateur que la radiothérapie a renforcé efficacement.

Ce *traitement médical*, ici comme ailleurs, garde tous ses droits. Les cures salines à Biarritz, à Salies-de-Béarn, à Salins-Montiers, à Balaruc, régularisent la circulation utéro-ovarienne et marquent, maintes fois, un arrêt de développement de la tumeur.

La radiothérapie fait, non seulement une castration sèche, mais a encore une action directe régressive sur la

masse fibromateuse elle-même (Spath). Cependant, cette action est inconstante et ne doit être tentée que chez des malades encore jeunes, se refusant à toute intervention chirurgicale, chez celles dont l'état général ou les lésions cardiaques ou pulmonaires contre-indiquent l'opération.

Chez celles-ci, lorsque les douleurs apparaissent, il faut conseiller le repos au lit, les injections chaudes, les suppositoires morphinés, belladonnés, les lavements laudanisés, chloralés. Le redressement de la tumeur, au moyen de pressions progressivement croissantes, par le vagin ou le rectum diminue parfois, les troubles de compression.

Mais, grâce à l'innocuité relative de l'anesthésie à l'éther, grâce au perfectionnement des méthodes chirurgicales, le champ des contre-indications de l'intervention se réduit chaque jour. Car, s'il est vrai que l'hystérectomie pour fibrome entraîne encore une mortalité de 3 à 4 p. 100, il n'en est pas moins vrai que cette mortalité demeure inférieure à celle des fibromes abandonnés à leur évolution naturelle.

D'ailleurs, un fibrome du col, qui progresse, doit être opéré, et c'est une faute préjudiciable que de prolonger, au-delà des délais de sécurité, le traitement conservateur. Telle intervention, qui aurait été simple quelques mois auparavant, est très complexe du fait du déplacement des organes voisins et de leur adhérence possible à la tumeur. A un stade avancé, les compressions urétérales, la rétention urinaire, les modifications histologiques rénales consécutives, diminuent les chances de succès.

Quel est donc le *traitement chirurgical* de choix?

Ici, encore, il est variable suivant les cas. Avant toute intervention, le chirurgien doit voir quelle est la direction du développement de la tumeur, quelle est la liberté et la profondeur des culs-de-sac, quelle est l'état du Douglas,

quelle est l'immobilité de la masse dans l'excavation, quelle est la compression probable des uretères, quels sont les renseignements fournis par le toucher rectal?

Par la *voie vaginale*, l'extraction des fibromes sous-muqueux sera aisée. Le volume exagéré, l'insertion large du pédicule compliquent seuls l'intervention. L'incision bi-commissurale du col, le morcellement par tranches d'orange seront parfois nécessaires.

Cette même voie a été aussi longtemps à l'honneur, soit pour l'énucléation des fibromes interstitiels et sous-séreux développés dans le petit bassin, soit pour l'hystérectomie. Amussat, Péan, Doyen, Segond, tels sont les noms qui marquent les progrès apportés à la méthode. Tous ont obtenu d'excellents résultats; mais tous reconnaissent que, dans l'enclavement, la fragmentation de la masse est laborieuse, longue, souvent aveugle, exposant la cavité péritonéale à la perforation. Enfin, l'opération peut être inachevable, si le fibrome reste bloqué, d'où récidive.

Actuellement, la méthode est en plein recul. On lui préfère la *voie abdominale* qui donne plus de jour et met plus sûrement en garde contre la lésion des organes importants de voisinage.

Par cette voie, on a tenté la régression du fibrome par *castration ovarienne* (opération d'Hégar).

On a obtenu surtout un arrêt des hémorragies (Hégar, Wirdow, Roux); mais les complications viscérales ont été peu ou pas améliorées et la tendance actuelle est de s'adresser directement à la tumeur en faisant la *myomectomie*, si elle est nettement pédiculée, ou l'*hystérectomie totale*, si elle est sessile.

Dans le cas de fibrome soulevant le péritoine vésico-utérin, remontant plus haut vers l'ombilic, l'ouverture du péritoine n'est pas indispensable. La décortication permet

d'atteindre de proche en proche le pédicule et de le sectionner (Amann).

Le plus souvent, la laparotomie médiane sus-pubienne sera pratiquée. Il faudra, au préalable, avoir eu le soin de vider vessie et rectum par cathétérisme et lavement.

La malade, étant en position de Trendelenburg, les anses intestinales refoulées vers le diaphragme et protégées par des compresses, la tumeur apparaît coiffée du péritoine en connexion plus intime avec le contenu du petit bassin, fixé dans l'excavation.

Le chirurgien, à ce moment-là, doit s'efforcer de reconnaître la topographie des organes, leur déviation. Ce sera le plus sûr moyen de les épargner. La vessie apparaît le plus souvent soulevée, aplatie, parfois elle est toute petite, cachée derrière la symphyse, gênée dans son développement supérieur par la tumeur. L'uretère est habituellement en arrière et en dehors. Parfois, lorsque la tumeur est insérée très bas, ce canal est soulevé, porté en avant, s'offrant en quelque sorte aux instruments de chirurgie.

L'utérine, sinueuse, dilatée, siège généralement au devant du myome qui la soulève au niveau de sa crosse et la remonte jusqu'à l'amener au voisinage du ligament infundibulo-pelvien et des vaisseaux ovariens y contenus.

La trompe est disposée en sautoir sur la tumeur.

Le mésocôlon iliaque est soulevé par la masse. L'intestin est aplati, solidement fixé, élargi. Ses limites sont peu nettes.

Tels sont les principaux obstacles qui se dressent dès le début de l'intervention.

Pour les éviter, il faut faire la *décortication sous-séreuse*. M. Tédenat, avec Bertheley, estiment qu'elle est le plus souvent possible.

Par deux incisions transversales, antérieure et posté-

rière, haut situées sur la tumeur, de façon à conserver le plus de péritoine possible, on cherche le plan de clivage; et, au doigt, à la compresse ou aux ciseaux, on décolle progressivement jusqu'à la base d'insertion.

Celle-ci est-elle étroite? Le fibrome est-il unique? On peut se contenter de faire l'*énucléation*, en respectant utérus et annexes. Mais cette opération économique doit être exceptionnelle, car: 1° le chirurgien peut laisser passer inaperçu un tout petit fibrome interstitiel qui se développera ultérieurement, entraînant de nouveaux troubles; 2° quelque soin qu'on prenne à « capitonner » la loge d'énucléation, on s'expose à avoir des hématomes dans la poche évacuée par le fibrome, milieu essentiellement favorable à la culture microbienne; 3° l'utérus, conservé, ne garde pas grande valeur pour la reproduction; les résultats sont souvent négatifs en ce qui concerne les grossesses ultérieures.

A l'énucléation simple, il faut préférer l'*hystérectomie totale*.

M. le professeur Tédénat conseille cette intervention en deux temps: le premier, le plus difficile, consiste à se donner du jour en enlevant la tumeur en totalité ou en partie; le second se réduit à l'hystérectomie simple.

Quand, dans le premier temps, la décortication totale est impossible, quand on ne trouve pas de plan de clivage, quand la tumeur a subi la dégénérescence molle, télangiectasique ou dure, calcaire, quand les adhérences sont intimes avec les plans voisins, il faut alors aller du simple au composé, enlever la partie de tumeur qui se présente libre, opérer par *morcellement* (observation première).

Ce morcellement, bien étudié par Duret, permet d'éviter la déchirure du rectum, la blessure de la vessie, la section de l'uretère. Duret en distingue trois variétés: par section

médiane pure et simple, par blocs successifs en tranches, par évacuation des cavités kystiques dans les cysto-fibromes. L'inconvénient est l'hémorragie provoquée par les sections multiples.

Bégouin préconise un procédé « simple, sûr et rapide » qui permet de rendre,abordable le pôle inférieur de la tumeur, c'est le procédé de l' « évidemment », qui n'est autre chose qu'un morcellement méthodique. Le chirurgien, de la main gauche, saisit et soulève, avec deux pinces de Museux, le pôle supérieur du fibrome et, après avoir posé des pinces sur les vaisseaux utérins et utéro-ovariens, s'ils doivent être intéressés par le bistouri, il fait une incision circulaire périphérique passant à la partie la plus basse du fibrome qui soit facilement accessible. A partir de cette circonférence, le bistouri décrit des cônes successifs dont le sommet aboutit, en bas, au centre de la masse fibromateuse, de la même façon que, de la pointe du couteau, l'on évide la partie gâtée d'une poire. La section terminée, toute la partie supérieure du fibrome est détachée, enlevée; il ne reste plus, dans le petit bassin, qu'une cupule fibromateuse en entonnoir. Grâce au vide central, il suffit de tirer avec des pincés de Museux sur les bords de la cupule pour voir sa périphérie s'éloigner des parois du bassin et la région des utérins, des uretères et de la vessie devenir d'un abord aisé; l'ablation de ce moignon fibromateux est alors aussi simple que celle d'un fibrome banal.

L'hystérectomie proprement dite, deuxième temps, sera faite par un procédé variable suivant les cas.

Le procédé américain, par ligature des pédicules vasculaires avec incision continue de droite à gauche ou de gauche à droite, du côté le mieux accessible vers le côté le plus fixe, prévaudra le plus souvent. Le procédé de Doyen, l'hé-

misection de J.-L. Faure, seront avantageux si les deux ligaments larges sont difficilement accessibles.

Les ovaires seront respectés s'ils sont sains.

La péritonisation du petit bassin, l'hémostase seront soignées. Ce sont les conditions essentielles pour éviter les adhérences intestinales sur la cicatrice et l'inoculation septique des espaces cellulux sous-péritonéaux. Cette fin opératoire est souvent malaisée. La surface péritonéale décollée est considérable, le feuillet postérieur du ligament large n'existe plus qu'à l'état de lambeaux friables. Il faut alors faire un double cloisonnement sérieux en deux étages : d'abord, ramener les débris du ligament large, les restes du péritoine pré-rectal et le péritoine vésical ; puis faire une péritonisation haute.

Bardenhauer et Chaput font un surjet qui unit la « ligne de faite » de péritonisation ligamentaire à l'S iliaque, à son méso et au péritoine pariétal postérieur.

Enfin, terminer en ramenant le tablier épiploïque au devant de la masse intestinale. Faut-il drainer ? Non, si l'opération a été bien menée ; oui, s'il persiste un léger suintement sanguin en nappe, si la péritonisation n'est pas parfaite. Le drainage abdominal sera préféré au drainage vaginal. Celui-ci est une arme à double tranchant. Favorisant mieux l'écoulement des sécrétions, il expose à l'infection par voie ascendante.

Au cours de l'intervention, le rectum, l'S iliaque, la vessie, l'uretère surtout, seront exposés au tranchant du chirurgien. Celui-ci, prévenu, s'efforcera de les éviter, mais là, plus qu'ailleurs, c'est à ses « mains adroites et à son jugement sûr » (Richelot) qu'il devra son succès opératoire.

FIBROMES DE LA PORTION SUS-VAGINALE ET GROSSESSE

Ainsi que nous le disions dans notre introduction, nous ne pouvons terminer cette étude des fibromes de la portion sus-vaginale du col sans dire un mot de leurs rapports avec la grossesse.

Les fibromes, qu'ils soient du col ou du corps, ont été l'objet de discussions et de travaux nombreux. Notre intention n'est pas de faire ici une étude complète de cette question. Nous nous bornerons à montrer seulement l'intérêt que présente ces fibromes (tumeur prævia par excellence) sur la bonne marche de la grossesse et surtout du travail. Par leur localisation anatomique, ils risquent d'empêcher l'engagement de la partie fœtale, d'apporter une difficulté à la dilatation et de s'opposer à l'expulsion du fœtus.

L'influence de la grossesse sur les fibromes du col est la même que sur ceux du corps. Elle se fait sentir de deux façons: ils s'hypertrophient et se ramollissent. L'hypertrophie est souvent considérable. Ainsi, une tumeur, petite antérieurement, peut acquérir un volume suffisant pour amener des troubles de compression ou constituer une cause de dystocie; à plus forte raison quand il s'agit d'un fibrôme atteignant, avant la grossesse, un volume appréciable. D'après Chabazzian, cette hypertrophie a lieu surtout vers la fin de la grossesse, parce que ces tumeurs

n'augmentent de volume que quand le segment inférieur subit des modifications sous l'influence de la gravidité, c'est-à-dire dans les trois derniers mois.

En grossissant, ils se ramollissent. Depaul pensait que ce ramollissement n'était que périphérique. Tarnier a montré qu'il était aussi central. Le premier se ferait par une sorte d'imbibition des liquides, le deuxième par un phénomène qu'on peut comparer à celui qui s'observe du côté du col pendant la grossesse. Ce ramollissement a ses avantages et ses inconvénients. Les avantages tiennent à leur assouplissement (Depaul) qui, au moment du travail, permettra quelquefois à la tumeur de s'effacer, s'aplatir ou de se déplacer, favorisant ainsi le passage normal du pôle fœtal. Les inconvénients sont dus au ramollissement nécrotique possible avec suppuration, d'où péritonite. Ce serait les sous-péritonéaux inclus qui subiraient le plus souvent cette dernière évolution, heureusement très rare.

Influence sur la grossesse. — Dans la grande majorité des cas, ces fibromes n'entravent pas l'évolution du fœtus à terme.

Les hémorragies, avortement ou accouchement prématuré ont été signalés dans quelques cas de fibromes du col, mais ils sont exceptionnels et nous ne ferons que les mentionner.

Il en est autrement pour les troubles de compression. Par leur enclavement habituel et leur hypertrophie sous l'influence de la grossesse, ils peuvent occasionner des troubles quelquefois très sérieux, troubles sur lesquels nous avons insisté dans notre chapitre de diagnostic. Nous rapportons plus loin (observation n° III) un cas, où les douleurs étaient telles qu'il a fallu pratiquer une hystérectomie totale à trois mois de grossesse.

Influence sur le travail de l'accouchement. — D'après les statistiques, les présentations de l'extrémité céphalique sont diminuées et celles du siège augmentées quand l'accouchement est compliqué d'un fibrome du col (Chalibazzian). Cela répondrait à la loi de l'accommodation formulée par Pajot : « Quand un corps solide est contenu dans un autre... »

La marche de l'accouchement dépend du volume de la tumeur prævia. Petite, grosse comme un œuf de poule (Tarnier), elle peut n'apporter qu'une gêne insignifiante, grâce à son ramollissement. Elle s'aplatit et se déplace sous l'influence des contractions. Mais, dès que la tumeur dépasse ce volume, elle devient cause de dystocie.

Dans ce cas, le plus souvent, l'homme de l'art doit intervenir par une thérapeutique appropriée. Cependant, nous devons savoir que la terminaison spontanée de l'accouchement peut se faire grâce à l'ascension de la tumeur. Telle est l'observation curieuse rapportée par Guénot (tumeur dure remplissant l'excavation, émanant, selon toute probabilité, de la partie supérieure et postérieure du col utérin auquel elle adhérerait, tumeur si bien fixée qu'on avait pensé à la nécessité d'une opération césarienne. Début du travail à 8 heures du matin, à 2 heures de l'après-midi la tumeur était remontée. Terminaison par une application de forceps au détroit inférieur. Enfant vivant).

M. Vallois aurait observé un fait analogue dans le service de M. le professeur Hergott, dont il était alors le chef de clinique.

Le mécanisme de ce déplacement a été bien étudié, dans la remarquable discussion de la Société de chirurgie de 1868-1869, par MM. Depaul, Tarnier, Blot, Guénot. Il se ferait quand la tumeur siège sur la portion sus-vaginale du col de bas en haut.

Mais l'obstacle n'est pas la seule cause de dystocie. Il peut y avoir aussi dystocie par lenteur de dilatation ou encore par la non-dilatation du col. Ce sont spécialement les fibromes interstitiels cervicaux qui empêchent cette dilatation de se faire.

DIAGNOSTIC. — Nous n'avons pas à y insister ici. Il a été traité dans un précédent chapitre. Signalons seulement l'erreur qui a été souvent commise : celle de prendre un fibrome sous-séreux ramolli pour un kyste de l'ovaire. Il est arrivé aussi, et à des meilleurs accoucheurs, de prendre un fibrome pour un pôle fœtal et diagnostiquer ainsi une grossesse gémellaire.

Le diagnostic se fera par les signes fonctionnels et par le toucher combiné. Disons aussi que le diagnostic peut ne pas être fait et la tumeur rester complètement ignorée (cas de Doléris, où à l'autopsie on trouva un volumineux fibrome occupant le *col* et une petite partie du corps).

Il importe de faire un diagnostic précis du siège, du volume, de la mobilité ou du degré de l'enclavement de la tumeur. Comme le conseillait Budin, on recourra à l'anesthésie, dans les cas difficiles. Un bon diagnostic est capital pour la conduite à tenir pendant l'accouchement.

Le *pronostic* doit être toujours réservé pour toutes les raisons déjà mentionnées (volume de la tumeur *prævia*, rigidité du col, rupture de l'utérus, etc.).

THÉRAPEUTIQUE. — Pendant la grossesse, on s'en tiendra à l'expectation. Ne rien faire qui mette la vie du fœtus en danger tant que la santé de la femme ne l'exige pas d'une manière impérieuse (Treub). S'il survient des accidents de compression, soit du côté des viscères pelviens ou des plexus, on tentera un traitement approprié suivant la na-

ture de la compression (repos absolu au lit, évacuation des réservoirs, lavements laudanisés, etc.), on tâchera de gagner du temps, d'attendre la viabilité du fœtus.

Pendant l'accouchement. — Nous ne considérerons que deux éventualités: 1° la tumeur cervicale est petite, de la grosseur d'un œuf de poule, on peut la déplacer par un toucher vaginal sous anesthésie. Il faudra alors patienter, aider l'accouchement par une bonne position de la parturiente et avoir recours, si besoin se montre, à une application de forceps ou à une version;

2° La tumeur est plus grosse, refoule un ou plusieurs culs-de-sac, est immobile dans le bassin qu'elle occupe en partie ou en totalité. On attendra alors l'apparition des premières douleurs du travail et l'on pratiquera l'opération césarienne, suivie, le plus souvent, d'hystérectomie totale (voir observation n° IV). Dans le cas où le fibrome serait nettement pédiculé (ce qui est rare dans cette variété), on se contenterait de l'énucléation.

Si l'on est appelé auprès d'une femme en travail, poche des eaux rompue, en dystocie due à un fibrome prævia, la contre-indication de la césarienne ne nous paraît pas aussi impérative que dans le cas d'un bassin plat par exemple, puisque l'intervention sera terminée par l'hystérectomie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

Fibrome de la portion sus-vaginale du col à développement antérieur.
Hystérectomie totale. Guérison.

(Service de M. le professeur Tédénat)

J. F..., 44 ans, entre dans le service de M. le professeur Tédénat, à l'Hôpital Suburbain, le 9 mars 1919.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde en bas âge.

Réglée à 19 ans. Depuis très régulièrement. Durée quatre jours. Pas de pertes blanches.

Mariée à 23 ans. Première grossesse à 24 ans. Accouchement normal. Suites normales.

Une seconde grossesse trois ans après. Travail très long. Suites bonnes. Depuis, nulle grossesse.

Règles régulières jusqu'à septembre 1918. A cette époque, les règles ont manqué et la malade, à ce moment, a constaté que son ventre augmentait de volume.

En novembre, les règles reparaissent et durent quatre jours, pendant lesquels la malade aurait perdu quelques petits caillots.

En décembre et janvier, les règles manquent de nouveau et reviennent en février. Elle aurait, à ce moment, perdu plus abondamment. Dernières règles le 2 mars.

La malade n'accuse pas d'amaigrissement notable. Facies pâle. L'appétit est bon. Depuis deux mois, elle éprouve une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et des douleurs lombaires qui ne s'irradient pas dans les membres inférieurs. Elle est très constipée et a observé qu'elle urinait plus fréquemment depuis quelque temps.

Examen. — Abdomen légèrement ballonné.

On trouve, par la palpation, une tumeur dure, régulière, arrondie, dont le pôle supérieur remonte à deux doigts au-dessous de l'ombilic, mobile. Le pôle inférieur descend dans le petit bassin. Sonorité des flancs.

Palper combiné. — Col volumineux en situation postérieure. Le cul-de-sac antérieur et les culs-de-sac latéraux sont occupés par la tumeur qui fait corps à l'utérus.

Urines, 1.500; urée, 12 gr. 5; ni albumine, ni sucre.

Opération le 19 mars 1919. Laparotomie sous-ombilicale. On trouve une tumeur bosselée, surplombant l'utérus qui est petit. Elle est incluse, située en avant et à droite de l'utérus auquel elle adhère, ayant soulevé le péritoine vésico-utérin. Les annexes sont, en arrière, adhérentes.

M. le professeur Tédénat commence par décortiquer la masse fibromateuse et en morcelle la plus grosse partie pour se donner du jour. Il pratique ensuite l'hystérectomie totale. Il respecte les annexes gauches auxquelles adhère une frange épiploïque de l'anse sigmoïde. On ne trouve pas les uretères au cours de l'opération. Péritonisation du petit bassin. Suture de la paroi en trois plans.

La libération de la tumeur a été pénible en raison de son inclusion.

Journée assez bonne. Cependant, la malade, étant en position demi-assise, a vomé fréquemment.

Pouls, 80; température, 37°.

Le 20 mars, quelques gaz intestinaux. Pas de vomissements. Premier pansement sept jours après. Réunion immédiate.

Examen de la pièce. — La tumeur, unique, de consistance dure, de forme irrégulièrement arrondie, présentant quelques bosselures, pèse 1 kilo. Diamètre vertical, 19 centimètres; diamètre anti-postérieur, 12 centimètres.

A la coupe, l'utérus a son volume normal, ses parois sont épaissies, mais elles ne montrent aucun nodule fibromateux. Toute l'épaisseur de la portion sus-vaginale, par contre, est considérablement épaissie et fibromateuse. La tumeur s'est développée nettement aux dépens de la paroi antérieure de cette portion du col.

Le canal cervical, rétréci, est très allongé, mesure 6 centimètres.

Histologiquement, la tumeur est un fibrome myome.

. OBSERVATION II

Fibrome de la portion sus-vaginale du col. Grossesse. Hystérectomie totale à trois mois de grossesse.

L. C..., 32 ans, entre dans le service de M. le professeur Tédénat, le 5 décembre 1913, pour douleurs abdominales vives. Le début des phénomènes douloureux remonte au mois d'avril 1913. A cette époque, douleurs légères dans le bas-ventre et les reins ne s'irradient, ni dans les aines, ni dans les cuisses. Peu à peu leur intensité s'est accrue progressivement et, depuis un mois, leur violence est telle que

le sommeil de la malade en est considérablement troublé. En même temps, on notait l'apparition, dans la fosse iliaque droite, d'une tumeur qui grossissait rapidement.

Au début de la maladie, la menstruation s'est faite très régulièrement. Les règles, assez abondantes, revenaient tous les mois, duraient quatre, cinq jours, sans douleurs, ni caillots. Quelques pertes blanches, jamais de métrorragies.

Depuis trois mois environ, les règles n'ont plus reparu, la dernière période menstruelle datant du 2 septembre 1913.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Règles régulières, durant quatre, cinq jours; mariée depuis deux ans; pas de grossesse.

Examen. — La malade, étant dans le décubitus horizontal, on voit très nettement que la paroi abdominale, dans la région de la fosse iliaque droite, est soulevée par une tumeur sous-jacente. La peau est normale.

Par la palpation, on se rend compte qu'il existe une tumeur dure et bosselée dans tous ses points, sauf dans la partie la plus saillante, qui est lisse et rénitente. Le pôle supérieur de la tumeur se trouve à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et sur le bord externe du droit. Le pôle inférieur plonge dans le petit bassin.

Au toucher, on trouve un col petit, fermé, plutôt dur et se continuant très vite en s'étalant avec une masse dure qui occupe la cavité pelvienne; les culs-de-sac latéraux se trouvent ainsi refoulés et, dans le cul-de-sac postérieur, on sent bien une masse du volume d'une petite orange qui apparaît comme une bosselure de la tumeur pelvienne.

Par le toucher et le palper combinés, on établit qu'il s'agit d'une tumeur d'origine utérine, dont le pôle inférieur se trouve presque enclavé dans le pelves, alors que le supérieur touche sous la paroi abdominale de la fosse ilia-

que droite. Il s'agit donc d'un fibrome, mais on pense également qu'il existe une grossesse en se basant sur les signes suivants qui, par leur réunion, acquièrent une importance capitale : l'absence des règles, l'accroissement rapide de la tumeur, la fluctuation du pôle supérieur de la masse. Malgré cela, à cause des douleurs violentes éprouvées par la malade et en présence de la localisation de noyaux fibromateux importants dans la portion *sus-vaginale* du col et des menaces d'enclavement de la tumeur, l'opération est décidée.

Le 9 décembre 1913, intervention. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

La tumeur semble fixée dans le petit bassin et il faut tirer avec une pince à griffes pour la dégager.

Suites opératoires excellentes. On note un peu de parésie vésicale pendant les quatre premiers jours, puis tout rentre dans l'ordre.

La malade sort guérie le 29 décembre 1913.

La tumeur enlevée a la forme d'un ovoïde, à grosse extrémité inférieure. Son poids est de 1 kilo 300.

Dimensions. — Diamètre vertical, 18 centimètres; antéro-postérieur, 9 cent. 5; frontal, 13 centimètres.

La surface est parsemée de bosselures très dures dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'une orange. Sur le pôle supérieur de la tumeur, il existe cependant une surface lisse du volume du poing qui donne une sensation de fluctuation.

La tumeur, étant coupée suivant son grand axe, nous trouvons, à la partie supérieure fluctuante, nous l'avons dit, la cavité contenant un œuf de trois mois et demi environ.

On voit les membranes de l'œuf, le placenta, l'embryon

lui-même, très bien constitué, et ayant 12 centimètres de long.

Sur cette coupe, l'utérus, intéressé suivant son grand axe, est coupé en deux moitiés permettant ainsi de voir le col et de l'orienter. La partie correspondante du corps est molle et contient à peine quelques nodules fibromateux.

Le col, au contraire, est entouré par trois masses fibromateuses, volumineuses, dures, enserrant le canal cervical au point qu'il faut employer, pour le cathétériser, une très fine bougie en gomme.

Il s'agit donc d'un utérus contenant de nombreux noyaux fibromateux, développés surtout dans la portion sus-vaginale du col. Il est intéressant de noter que, dans ce cas, malgré l'étroitesse du canal, considérablement rétréci, la fécondation a pu se faire.

OBSERVATION III

(Inédite)

Opération césarienne pendant le travail. Hystérectomie totale.

Dystocie pour fibrome prævia.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Vallois)

P. N..., 37 ans, épouse B..., entre à la Maternité de Montpellier, le 23 février 1913.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Réglée à 12 ans. Menstruation régulière. Jamais eu de métrorragies, ni de ménorragies. C'est sa première grossesse.

Dernières règles du 5 au 7 juin 1912.

Quelques vomissements au début de la grossesse. Dans les premiers jours d'octobre, la femme a éprouvé de vio-

lentes douleurs lombaires et abdominales, ayant fait redouter un avortement, mais sans hémorragie.

Dès le mois d'août, son attention est attirée par des masses dures, développées sous les téguments. Un médecin aurait diagnostiqué des fibromes, mais il n'aurait pas reconnu la grossesse. Ces fibromes n'ont fait qu'augmenter de volume par la suite.

Actuellement, elle garde le lit, la station debout la fatigue. Elle se plaint de douleurs lombaires s'irradiant dans les jambes. Il n'y a pas de troubles du côté des réservoirs, sinon une constipation tenace. Pas d'albumine dans les urines.

Par la palpation, on sent de nombreux fibromes, quatre en particulier sont perçus. La hauteur utérine est de 40 centimètres.

Au toucher, on trouve un col fortement déjeté en haut et à gauche, réduit à un simple bourrelet.

À droite du col, on trouve une tumeur volumineuse qui se continue avec le corps utérin et qui ne donne la sensation ni d'un siège, ni d'une tête. Cette tumeur plonge dans l'excavation et sa partie inférieure est plus basse que le col.

M. le professeur Vallois, en présence de cette tumeur *prævia*, décide d'attendre le travail et d'intervenir dès qu'il sera manifeste que la masse fibromateuse qui plonge dans l'excavation n'a aucune tendance à se déplacer et à s'élever sous l'influence des contractions utérines.

Cette intervention devra alors consister en une opération césarienne suivie d'une hystérectomie totale. Cette dernière opération sera indiquée en raison de l'état fibromateux de l'utérus et de la situation du fibrome.

Marche du travail. — Apparition des premières douleurs le 1^{er} mars, à 5 h. 30 du soir. Rupture précocce des membra-

nes. Le fœtus se présente par l'épaule gauche, dos en avant. M. Vallois, appelé, examine la parturiente. Au toucher, il trouve une dilatation égale à une pièce de 2 francs. Il essaie de repousser vers le haut le fibrome prævia, mais ce dernier n'a aucune tendance à remonter. Un nouvel examen et un nouvel essai, pratiqués une heure plus tard, donnent la même impression. M. Vallois décide alors de pratiquer, sans plus attendre, une opération césarienne.

Comme il a été dit plus haut, l'état fibromateux de l'utérus et la situation du fibrome prævia indiquent l'hystérectomie totale. Cette dernière opération a été pratiquée avec le concours de M. de Rouville. Elle n'a présenté aucune difficulté.

Comme particularités qu'a présentées cette hystérectomie, on peut faire remarquer la grande facilité avec laquelle elle a été pratiquée chez une femme en travail, et combien les décollements ont été facilités par l'infiltration sous-séreuse. On peut aussi signaler l'extensibilité énorme du vagin, qui remontait haut dans le ventre lorsqu'on tirait sur l'utérus, et l'épaisseur considérable de ce conduit.

L'enfant pèse 4 kilos 650.

Suites heureuses pour la mère et pour l'enfant.

Examen de la pièce. — L'utérus pèse 2 kilos. Il présente :

1° Au niveau du segment inférieur et à droite de la portion sus-vaginale du col, un fibrome sessile du volume d'une tête fœtale ;

2° Sur le bord droit de l'utérus, un fibrome pédiculé, gros comme une petite mandarine. Un autre, du volume du poing, sur la partie droite de l'utérus.

(En somme, coexistence d'un volumineux fibrome occupant le segment inférieur et le col avec d'autres fibromes du corps.)

L'examen de la pièce permet aussi de constater que

l'utérus est surtout développé aux dépens de sa face postérieure qui a dû basculer en avant.

OBSERVATION IV

Fibrome du poids de 2.800 gr., développé *en avant* de la portion sus-vaginale du col. Rétention d'urine. Urine purulente. Enucléation par voie abdominale. Disparition des troubles urinaires.

(Professeur Tédénat, in *Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynéc.*, etc.)

Rose P..., âgée de 24 ans, m'est adressée, le 10 avril 1886, par le docteur Teissonnière.

Réglée à 12 ans, régulièrement, et toujours bien portante. Vierge. Depuis 18 ans, la menstruation dure huit à dix jours, avec caillots, sans leucorrhée. Depuis deux ans, mictions fréquentes; dans les six derniers mois, il a fallu, à plusieurs reprises, évacuer l'urine avec la sonde.

Le 3 mars 1886, le docteur Teissonnière a reconnu l'existence d'une tumeur dure, arrondie, qui est enclavée en arrière et au-dessus du pubis qu'elle déborde par en haut et par en bas. La malade est pâle, très anémiée par les ménorragies, amaigrie, avec un pouls filiforme à 100-120. Le cathétérisme est pratiqué deux fois par jour depuis quinze jours, quand elle arrive à Montpellier le 10 avril 1886.

La tumeur remplit le vagin. Elle embrasse, dans la concavité formée par deux gros lobes, la symphyse pubienne. Le lobe supérieur dépasse la symphyse par en haut de huit travers de doigt. La tumeur est presque immobilisée par son enclavement. Urine purulente.

Le 13 avril, laparotomie. Le corps de l'utérus occupe la partie postéro-supérieure de la tumeur. Incision transver-

sale du péritoine à 2 centimètres au-dessus du bourrelet formé par la vessie. Incision de la capsule du fibrome, mince, pâle. Décortication assez facile, avec un peu d'hémorragie de la tumeur, qui s'implante sur le col par un pédicule épais de 3 centimètres, large de 2 centimètres. Le pédicule est lié avec un gros fil de soie et sectionné. La vessie n'est pas intéressée, la décortication ayant pu être faite, sans de très grandes difficultés, entre la tumeur et sa capsule.

(Cette femme subit, plus tard, en juin 1890, une ovariectomie pour un kyste de l'ovaire gauche. Au cours de l'opération, M. Tédénat vit que l'utérus était en rétroversion et de petit volume.)

OBSERVATION V

Fibrome calcifié. Fibrome de la portion sus-vaginale, inséré sur sa paroi antérieure pesant 2.300 gr. Troubles urinaires. Pyonéphrose bilatérale. Autopsie.

(Professeur Tédénat, in *Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*)

Mme Jeanne R..., 48 ans, sage-femme à Nîmes, entre, le 5 janvier 1876, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service du professeur Valette, où j'étais interne. Réglée à 13 ans, régulièrement. Accouchements normaux et sans complications à 21 et 24 ans. Depuis l'âge de 30 ans, ménorragies abondantes, durant huit à dix jours, sans douleurs.

Le docteur Pleindoux diagnostique un fibrome utérin quand la dame avait 37 ans. Depuis trois ans, mictions fréquentes; depuis deux ans, à plusieurs reprises, rétention d'urine nécessitant le cathétérisme. Quand la malade entre dans le service du professeur Valette, elle est en

état d'infection urinaire, pâle, amaigrie, avec de la fièvre. Pyonéphrose bilatérale. La miction se fait par regorgement et on a de la peine, tant une grosse tumeur dure comprime l'urètre et la région du col de la vessie, à introduire une sonde qui est laissée à demeure.

La malade succomba le 25 juin.

A l'autopsie, on trouve un fibrome occupant la *région antéro-supérieure du col*, où il s'attache par un pédicule large de 3 centimètres d'épaisseur, égale à la largeur. Il est presque entièrement calcifié dans ses plans superficiels et comprime fortement la région sus-cervicale de la vessie contre la partie inférieure de la symphyse pubienne. Le corps fibreux adhère fortement à la vessie et fait corps avec sa muqueuse, très amincie et portant de menues ulcérations. La tumeur arrondie pesait 2.300 grammes. Le corps de l'utérus avait des dimensions normales et, sur la coupe, ne présentait aucun nodule fibromateux. Les uretères étaient fortement dilatés et les reins très distendus par le pus avaient leur tissu réduit à une couche épaisse de 2 à 3 centimètres suivant les points.

OBSERVATION VI

Tumeur fibreuse de 950 grammes, développée dans le *ligament large droit* avec mince pédicule inséré au bas du corps de l'utérus.

(Professeur Tédénat, in *Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, etc.).

Mme Georges C..., 31 ans, deux accouchements à 22 et 25 ans. Depuis quatre ans, ménorragies durant huit à dix jours, douleurs pelviennes. Elle a eu, depuis trois ans, cinq crises douloureuses, avec vomissements, attribuées à une appendicite.

Tumeur du volume de deux poings, plaquée contre le bord droit de l'utérus, un peu gros et rejeté à gauche. La tumeur, peu mobile et comme bridée, déprime le cul-de-sac droit.

Opération le 3 juillet 1904. Position de Trandelenburg. L'intestin, docile, se laisse aisément maintenir sous de larges compresses. On voit alors que la tumeur est incluse dans le ligament large droit. Les vaisseaux utérins, volumineux, rampent à sa partie interne. Ils sont liés à sa partie proximale en bas et à 7 centimètres plus haut. Le ligament large est incisé transversalement; les lèvres de l'incision sont décollées, rejetées en haut et en bas. Alors paraît la capsule de la tumeur, d'aspect fasciculé. Elle est incisée en travers, chacune de ces lèvres est prise dans deux pinces, et la décortication se fait par traction sur la tumeur et les ciseaux courbes. La tumeur adhère à la paroi latérale du col et du corps, sur une hauteur de 3 centimètres, par un pédicule long de 3 centimètres. Une pince à forci-pressure est appliquée sur le pédicule au ras de l'utérus. La tumeur est extraite. On voit alors l'uretère qui se décolle de sa partie inféro-externe. La cavité où était logé le myome saigne en nappe, mais peu. Elle est tamponnée avec une compresse. Celle-ci est enlevée après une ou deux minutes, quelques jets de sang sont fournis par l'artère ovarienne. Alors, ligature du ligament infundibulopelvien. Les annexes gauches sont enflammées, oblitération de la trompe distendue. La conservation de l'utérus est sans utilité. L'hystérectomie est donc pratiquée. Guérison.

OBSERVATION VII

Fibro-myome développé aux dépens du col dans le ligament large gauche.
Poids 1.800 gr. Hystérectomie totale. Guérison.

(Professeur Tédénat, in *Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, etc.)

Emilie G..., 38 ans, réglée à 14 ans, régulièrement. Accouchements sans accidents, à 23 et 27 ans; fausse couche à 29 ans. Depuis l'âge de 31 ans, règles abondantes avec quelques petits caillots, durant de huit à dix jours. Elle entre à la clinique du professeur Tédénat, le 2 mars 1911. Tumeur occupant le côté gauche du bassin, remontant à deux travers de doigt au-dessous de la ligne horizontale passant par l'ombilic. La tumeur fait corps avec l'utérus qui est refoulé à droite et en haut. La tumeur est dure, arrondie. En avant d'elle, à sa partie moyenne, on sent, à travers la paroi abdominale mince, les battements artériels.

Diagnostic. — Myome utérin.

Opération le 5 mars. On voit, à la partie moyenne de la tumeur, un tractus formé par les vaisseaux utérins. Il est lié: 1° en bas et en dehors; 2° en haut et en dedans. Incision transversale du ligament large et du péritoine anté-utérin, à 2 centimètres au-dessus du col. La tumeur, bien encapsulée, se laisse énucléer avec une hémorragie en nappe gênante. Elle adhère *au-dessous de l'isthme utérin*. Une pince est appliquée sur le pédicule court et large de 2 centimètres, mais peu épais.

Amputation totale de l'utérus par section aux ciseaux de gauche à droite.

Guérison rapide et sans incidents. La tumeur pesait 1.800 grammes et contenait deux petits kystes du volume d'une noisette.

OBSERVATION VIII

Fibrome utérin de la *paroi postérieure* de la portion sus-vaginale du col développé dans la cloison recto-vaginale. Extirpation par le vagin. Guérison. Résumé.

(Caillaud, in *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1911)

Le 23 mai 1908, la malade B... entre à l'hôpital de Monaco. Régée à 13 ans, menstruation régulière. Pas mariée, pas de grossesse. Le début de la maladie remonte à six mois environ. Les premiers symptômes furent de la constipation et de la gêne pour uriner. Les urines étaient claires et abondantes, les mictions fréquentes, mais non douloureuses. Ces symptômes augmentèrent d'intensité peu à peu. Une semaine avant son entrée à l'hôpital, la rétention de l'urine et des matières fécales devint très forte et détermina des douleurs du ventre.

A son entrée, on retira, par cathétérisme, deux litres d'urine. Ni albumine, ni sucre.

Au toucher vaginal, à 3 centimètres environ de la fourchette, on trouve une masse volumineuse, dure, arrondie, non douloureuse, soulevant la paroi postérieure du vagin. Elle s'étend d'une branche ischio-pubienne à l'autre. Elle paraît fixée. Col derrière la symphyse et à droite, petit, effacé. Il est difficile d'établir les connexions qui rattachent le col avec le reste de la tumeur.

Par le toucher rectal, masse arrondie, non douloureuse, bombant dans le rectum.

Le cathétérisme vésical indique une vessie volumineuse, longue, d'avant en arrière, d'au moins 15 centimètres.

On porte le diagnostic de fibrome de la portion sus-

vaginale du col utérin, développé dans la cloison recto-vaginale.

Opération le 29 mai. Le vagin est incisé transversalement, à 4 centimètres environ de la fourchette. On tombe de suite sur la tumeur séparée de la paroi vaginale par une mince couche de tissu cellulaire. Elle est morcelée en commençant par sa face supérieure. Quand on arrive sur la face inférieure, on s'efforce de procéder par énucléation en décollant prudemment la tumeur, pour ne pas ouvrir le rectum. On arrive ainsi à enlever toute la masse du volume d'une tête de fœtus à terme. On résèque une partie du sac de la tumeur et on fait l'hémostase. On suture ce qui reste du sac en capiton et on le refoule à travers l'incision vaginale. On voit alors, à travers le vagin, la cavité péritonéale. On place un drain dans le péritoine et on ferme le vagin de chaque côté du drain.

Suites normales.

OBSERVATION IX

Fibrome énorme du *segment postérieur* du col utérin (Poids 7 kilog.).
Troubles urinaires. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

(Professeur Leguen, in *Journal de Chirurgie*)

(Résumée)

Femme âgée de 42 ans. Pas de grossesse, ni fausse couche. Bien réglée, sans pertes dans l'intervalle. Augmentation de volume du ventre depuis deux ans. Depuis, quelques douleurs dans la région lombaire.

Fréquence des mictions. — Urine actuellement sept ou huit fois dans la journée, deux fois la nuit; depuis un an environ, difficulté de miction jointe à la fréquence; elle fait

des efforts et c'est à peine si, à certains moments, elle peut émettre quelques gouttes d'urine.

L'inspection montre un ventre volumineux. Au palper, tumeur dure remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle est immobile : impossible de la déplacer dans un sens ou dans l'autre, ne fut-ce que de quelques millimètres.

Au toucher, à quelques centimètres au-dessus de la vulve, le doigt rencontre la tumeur. Le Douglas est refoulé par le pôle vaginal de la tumeur dans tout le vagin. Le doigt ne peut s'engager dans le conduit vaginal, la place étant occupée par elle. On n'arrive pas au col.

Le diagnostic porté est celui de fibrome utérin, probablement « du col ».

Aucun trouble du côté rectal.*

Du côté vésical, la malade urinait très difficilement. Une tumeur liquide occupait toute la zone sous-ombilicale et on pense à une vessie remontée et distendue. Impossibilité du cathétérisme, car on ne trouvait plus l'uretère, remonté dans la paroi antérieure du vagin.

Examen des urines. — Quantité, 1 litre ; phosphates, 1 gr. 21 ; urée, 10 grammes ; Cl, 2 grammes.

Opération. — Après incision musculaire, on voit le cul-de-sac péritonéal antérieur à peu près à moitié chemin entre le pubis et l'ombilic. On l'ouvre plus haut au niveau de l'ombilic. La vessie est haut située, couvrant le devant de la tumeur. L'utérus, reconnaissable à ses annexes, occupe le pôle supérieur de la tumeur. Le reste, le gros de la masse, est fait par une tumeur dure qui occupe toute la cavité pelvienne, est immobile et cachée sous la vessie et au-dessous ou dans les ligaments larges.

On commence par dégager la vessie en la décollant prudemment. Dans un premier temps, on lie à droite et à gau-

che des bords inférieurs des ligaments larges le pédicule utéro-ovarien. On profite de ce plan de clivage offert par l'ouverture du ligament large pour procéder au décollement de la tumeur. La tumeur se mobilise alors petit à petit et vient presque tout entière à la fin. Hystérectomie totale.

Les uretères ont été recherchés au cours de l'opération, mais on ne les a pas trouvés. Suites normales.

Au départ, urines : quantité, 2 litres 750 ; Cl, 7 gr. 70 par vingt-quatre heures ; urée, 21 gr. 45 ; phosphates, 3 gr. 25 ; traces d'albumine.

OBSERVATION X

Fibrome *sous-muqueux* inséré sur la face postérieure de la paroi antérieure.
Mort en deux heures d'hémorragie.

(Tédénat, in *Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, etc.)

Agée de 48 ans, grande et forte, cette femme avait eu trois accouchements, faciles et sans complications. Vers l'âge de 40 ans, ses règles devinrent plus abondantes, avec des caillots. Elles duraient sept à huit jours. Elle consulta le docteur Rouquette aux premiers jours de juin 1888. Il constata l'existence d'un myome du volume du poing saillant à travers le col ouvert et conseilla une opération. Je vis la malade avec lui, le 28 juin, à Soubès. La tumeur s'insérait sur la face postérieure de la paroi antérieure du col à 2 centimètres au-dessus du bord libre par un pédicule long de 2 centimètres et d'épaisseur à peu près égale. Le myome remplissait les deux tiers supérieurs du vagin et faisait une forte saillie dans le rectum. Il fut décidé que

la malade viendrait au plus tôt dans mon service de l'hôpital Saint-Eloi, pour y subir l'extirpation de sa tumeur. Un coup de ciseau sur le pédicule nous paraissait chose facile, au docteur Rouquette et à moi.

Six jours plus tard, au début de la période menstruelle, une violente hémorragie survint, avec de gros caillots. On alla quérir le docteur Rouquette qui arriva deux heures plus tard. La malade était exsangue, sans pouls, son lit plein de sang. Malgré tout ce qu'il tenta, la malade succomba une heure après. Il faut noter que cette femme était en état satisfaisant de santé générale, quand survint cette hémorragie mortelle.

CONCLUSIONS

I. Les fibromes de la portion sus-vaginale du col constituent une variété bien spéciale de corps fibreux.

Ils sont, le plus souvent, interstitiels, se développent soit en avant, soit en arrière, soit latéralement, et s'enclavent habituellement.

II. Les troubles fonctionnels qui constituent le syndrome utérin sont ici peu marqués. Les signes physiques sont plus importants. Graves sont les accidents qu'ils entraînent par leur compression du côté de la vessie (rétention complète, rétention incomplète, hématuries), du côté de l'uretère (albuminurie, hydronéphrose), des plexus (névralgies sciatiques), des vaisseaux (œdème, thrombose et embolie).

III. Le pronostic doit être toujours réservé en raison des troubles de compression et des difficultés opératoires.

IV. L'opération doit être conseillée si la tumeur progresse, si elle entraîne des troubles de compression viscérale ou nerveuse. La voie abdominale est la seule recommandable. La myomectomie sera faite si la tumeur est pédiculée; sessile, c'est à l'hystérectomie totale que l'on aura recours.

V. Ces fibromes constituent des tumeurs prævia quand ils sont compliqués de grossesse. Il faut savoir attendre et, lorsqu'une intervention est nécessaire, recourir à l'opération césarienne suivie d'hystérectomie totale.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 24 avril 1919
Le Recteur,
BENOIST

Vu et approuvé,
Montpellier, le 24 avril 1919
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR. — La pratique de l'art des accouchements.
- BOUVIER. — Les fibromes intra-ligamentaires. Thèse de Bordeaux, 1901.
- BÉGOUIN. — J. de chirurgie, 1916.
- CAILLAUD. — Fibrome utérin de la portion sus-vaginale du col, développé dans la cloison recto-vaginale. Bulletin de la Société anatomique de Paris, décembre 1911.
- CHABAZZIAN. — Thèse de Paris, 1882.
- DARTIGUES. — Chirurgie conservatrice de l'intervention dans le traitement des fibromes, 1901.
- DOLÉRIIS. — Archives de tocologie, 1883.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- FORGUE et MASSABUAU. — La Gynécologie.
- GUÉNIOT. — Bull. de la Société de chirurgie, 1868.
- GUYON. — Tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse d'agrégation, Paris, 1860.
- HAULTAIN. — A clinical and anatomical study of shirty cervical fibroids removed by abdominal hysterectomy. Edinburgh medical Journal, 1907.

- Lapeyre et Rouvière. — Société des sciences médicales de Montpellier, janvier 1914.
- Lefour. — Thèse d'agrégation, 1880.
- Légueu. — Journal de chirurgie, 1912.
- Lejars. — C. R. de la Société d'obstétrique et de pædiatrie, 1906.
- Maucclair. — Fibrome utérin rétro-cervical enlevé par énucléation, après héli-section totale du corps utérin. Bull. et mém. de la Société anatomique, 1902.
- Pellegrini. — Fibrome extra-péritonéal du col avec symp. urinaire. La Ginecologia, Milan, 15 avril 1913.
- Pozzi. — Thèse d'agrégation.
— Traité de gynécologie, 4^e édition.
- Stroheker. — Fibromes du ligament large. Thèse de Paris, 1902.
- Sutton. — A topographical and clinical study of fibroids of the neck of the uterus. Lancet, London, 1904.
- Tarnier et Budin. — Accouchements.
- Tédénat. — Sur les fibro-myomes du col de l'utérus. Bull. de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, Montpellier, Lyon, etc., avril 1914.
- Testut et Jacob. — Traité d'anatomie.
- Tribadini. — Annali di Ostetricia e Ginecologia, Milano, 1900.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
